Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 11. Rok LIX

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

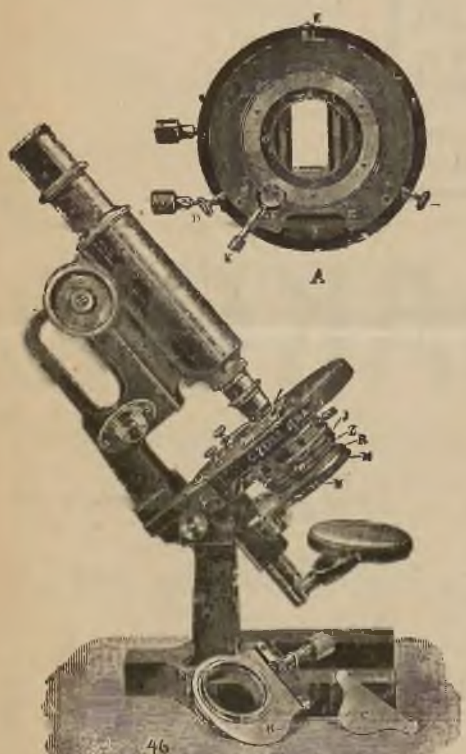
Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń za wiersz petitowy lub jego miejsce Mkp. 5·—, w nadesłanem Mkp. 7·—, w tekscie Mkp. 9·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 60·—.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 5·—.





W sprawie leczenia przewlekłych nieżytów pochwy i macicy.

Podał Dr Władysław Mikucki.

(Z oddziału położniczo-ginekologicznego Szpitala krajowego w Sarajewie).

Przewlekłe nieżyty błony śluzowej narządów rodnych wewnętrznych kobiety w rozmaitych swych postaciach stanowią przeważną część cierpień kobiecych, z któremi chore zgłaszają się do lekarza. Jednym z głównych objawów tego cierpienia są upławy, które nieraz wyłącznie skłaniają chorą do szukania porady lekarskiej. Objaw ten, uważany przez chore za samą chorobę, polegający na mniej lub więcej silnem wzmożeniu prawidłowej wydzieliny narządów rodnych wewnętrznych przy równoczesnej zmianie jej jakości, zasługuje ze względu na ważność swoją na szczególną uwagę ze strony lekarza nieginekologa i wobec skarg chorych w tym kierunku nie powinno się nigdy zaniedbać badania narządu rodnego. Pominąwszy bowiem niekorzystny wpływ, jaki nieżyty narządów rodnych wywierają na cały organizm, objawy nieżytowe w postaci upławów są dla chorej często bardzo przykre, a usunięcia ich w jak najkrótszym czasie oczekują chore od lekarza. Toteż każde spostrzeżenie, przynoszące nowe sposoby leczenia lub ulepszenie starych, a mające na celu skrócenie czasu leczenia tych schorzeń, powinno się stać własnością ogółu lekarzy, zwłaszcza praktyków.

Zanim przejdę do właściwego tematu, sądzę, że nie od rzeczy będzie przypomnieć pokrótce niektóre szczegóły, dotyczące stanu prawidłowego narządów rodnych wewnętrznych, jak i etjologji i zmian patologicznych nieżytów tych narządów, szczegóły, mające dla leczenia praktyczne znaczenie.

Błona śluzowa pochwy, która budową swoją przypomina żywo budowę skóry z tą zasadniczą różnicą, że nie ma gruczołów i pokryta jest nabłonkiem płaskim wielowarstwowym niezrogowaciałym, a w najgłębszej warstwie wałeczkowym, jest bardzo silnie unaczyniona i w stanie prawidłowym posiada skąpą gęstą wydzielinę, na którą się składa głównie śluzowa wydzielina szyjki i trzonu macicy, a w małej tylko części przesącz surowiczy z naczyń krwionośnych tkanki łącznej, wreszcie złuszczone komórki nabłonkowe, leukocyty i rozmaite rodzaje drobnoustrojów. Oddziaływanie prawidłowej wydzieliny pochwowej jest zazwyczaj (przy prawidłowej wydzielinie macicy) kwaśne, co pochodzi od produktów przemiany materji pewnego rodzaju drobnoustrojów, w pochwie stale przebywających.

Błona śluzowa szyjki macicznej ma liczne gruczoły śluzowe, które w stanie prawidłowym wytwarzają wydzielinę gęstą, ciągnącą się, szklistą; pod drobnowidem znajduje się w niej pojedyncze komórki nabłonkowe, skąpe leukocyty i nieliczne drobnoustroje. Wydzielina gruczołów błony śluzowej trzonu macicy nietylko w stanie prawidłowym, ale i chorobowym, stoi pod względem ilości poza wydzieliną szyjki. W stanie prawidłowym miesza się z wydzieliną szyjki i nie daje się od niej wyosobnić.

W etjologji nieżytów narządów rodnych główną rolę odgrywa zakażenie, i to w pierwszej linji zakażenie wiewiórowe, co zadziwiać nie może, skoro sobie uprzytomnimy częstość tego zakażenia u kobiet. Menge i Fromme obliczali, że w większych miastach (przed wojną) 15—20% wszystkich kobiet żyjących płciowo jest zakażonych wiewiórem. Dziś ten odsetek z pewnością wzrósł znacznie.

Nieżyty śluzówki trzonu macicy z powodu jej względnej niedostępności bywają rzadziej wywoływane przez drobnoustroje, a w tym przypadku najczęściej jeszcze przez zarazek wiewiórowy, który albo sam dostał się z szyjki do jamy macicy wśród sprzyjających mu okoliczności (spółkowanie, menstruacja, połóg), albo też wprowadzony został niebacznie zapomocą narzędzi.

Nieżyty szyjki o wiele częściej niż nieżyty jamy macicy wywoływane bywają przez drobnoustroje i tutaj dwoinki Neissera mają łatwy dostęp i dogodne warunki rozwoju. Jednakże tak zmiany konstytucjonalne (błednica, zołzy u dziewcząt), jak i wpływy mechaniczne, zwłaszcza naddarcia ujścia zewnętrznego, zastój w krążeniu przy tyłozgięciach macicy i t. p., również niepoślednie w etjologji nieżytów szyjki zajmują miejsce.

Nieżyty błony śluzowej pochwy, mając zawsze za tło zakażenie, w wyjątkowych razach są natury wiewiórowej. Wielowarstwowy nabłonek płaski stanowi dla tych drobnoustrojów silną zaporę, nie mówiąc o niekorzystnem dla dwoinek Neissera oddziaływaniu kwaśnem wydzieliny pochwowej, jak i produktów przemiany materji całej gromady drobnoustrojów, żyjących stale w pochwie. Zmiany warunków życiowych flory pochwowej i osłabienie odporności tkanek z jednej strony, a nadmiar materjału zakaźnego dostarczanego z zewnątrz, czy też od wewnątrz (z macicy) mogą czasami zrobić wyłom w tem prawidle. Jedynie błona śluzowa pochwy dziecka ze swym delikatnym nabłonkiem, albo silnie przekrwiona pochwa ciężarnych lub w stanie zaniku będąca błona śluzowa kobiet starych nie mają środków obronnych w tej mierze i łatwo ulegają zakażeniu wiewiórowemu.

Zmiany chorobowe narządów rodnych wewnętrznych w stanie nieżytu, o ile są dla oka dostępne, mają swoje charakterystyczne cechy.

U kobiet w okresie czynności płciowej, nieżyt błony śluzowej pochwy charakteryzuje się jej silnem przekrwieniem, obrzmieniem i zaczerwienieniem, błona śluzowa wygląda jak szkarłatny aksamit, a na niej rozsiane są małe ciemnoczerwone punkciki, pochodzące od schorzałych, przekrwionych i drobnokomórkowo naciekłych brodawek tkanki łącznej, na szczycie pozbawionych nabłonka, który uległ złuszczeniu. U osób starych ogólnego przekrwienia i obrzmienia nie spotykamy, a na plan pierwszy występują ciemnoczerwone wielkie punkty naciekłych brodawek, broczących za lekkiem dotknięciem.

Między temi dwoma skrajnemi obrazami chorobowemi znajduje się cały szereg stanów przejściowych.

Wydzielina jest z małemi wyjątkami charakterystyczna i okazuje na pierwszy rzut oka swoje pochodzenie. Przedstawia się jako płyn mlecznobiały, rzadki, przy większej domieszce ropy żółtawy, działający na skórę części rodnych zewnętrznych żrąco i wywołujący odparzenia. Pochodzenie jej tłumaczy się silnym przesiąkiem surowiczym z rozszerzonych naczyń krwionośnych błony śluzowej z domieszką wielkiej ilości złuszczonych komórek nabłonkowych i leukocytów, które w stanie nieżytowym błony śluzowej tworzą nacieki w tkance łącznej i przez warstwę nabłonka wędrują na jego powierzchnię. Oddziaływanie również się zmienia, z kwaśnego staje się obojętnem, a nawet zasadowem. Wydzielina roi się od rozmaitych rodzajów drobnoustrojów, między niemi i chorobotwórczych, które dzięki zmienionym warunkom odzyskują nieraz swoją jadowitość.

Zmiany chorobowe przy nieżytach szyjki macicy rzadko są dostępne dla oka. Jedynie w przypadkach naddarć ujścia zewnętrznego i wywinięcia warg części pochwowej (ectropium) mamy we wzierniku sposobność oglądać błonę śluzową szyjki; w przypadkach nieżytu jest ona bardzo obrzmiała, tworzy wyniosłości ponad miarę fizjologiczną i pokryta jest gęstą wydzieliną ciągnącą się, śluzową, która od domieszki złuszczonych komórek nabłonkowych i leukocytów — podobnie, jak wydzielina pochwy — nabiera barwy białej lub żółtej. Charakterystyczne dla nieżytów szyjki są zmiany na części pochwowej około ujścia zewnętrznego, występujące w miejscu, gdzie w stanie prawidłowym błona śluzowa pokryta jest nabłonkiem płaskim wielowarstwowym. Są to tak zwane nadżerki. W miejscu nadżerki nabłonek płaski błony śluzowej części pochwowej zostaje zastąpiony nabłonkiem wałeczkowatym, śluz wydzielającym, który wyściela błonę śluzową szyjki. Jedna warstwa tego nabłonka nie może osłabić żywoczerwonej barwy tkanki łącznej pod nim leżącej. Stąd wrażenie »nadżarcia« tego miejsca. Nadżerki, zajmując większą lub mniejszą przestrzeń na części pochwowej, przyczyniają się bardzo do zwiększenia nieżytowej wydzieliny szyjki, a zwłaszcza w przypadkach, gdzie dzięki większej sile rozrostu komórek nabłonka wałeczkowatego, pokrywającego nadżerkę, nabłonek ten, nie mając się gdzie podzieć, wrasta w głąb tkanki łącznej błony śluzowej i tworzy zagłębienia, mające charakter gruczołów śluzowych, skutkiem czego powierzchnia nadżerki wygląda jakby poorana, nierówna, brodawkowata. W razie zamknięcia otworu takiego nowoutworzonego gruczołu, czy to skutkiem nagromadzenia złuszczonych komórek nabłonkowych, czy też podczas leczenia przez pokrycie otworu gruczołowego narastającym od obwodu nabłonkiem płaskim, powstają w tkance łącznej błony śluzowej pęcherzyki, wypełnione śluzem, od drobnowidowych rozmiarów aż do wielkości laskowego orzecha, jeżeli wydzielanie śluzu po zamknięciu ujścia gruczołowego trwa dalej. Zmiany te nadają nadżerkom rozmaite wejrzenie, które znalazło wyraz w nomenklaturze, jak nadżerka płaska (erosio simplex), brodawkowata (e. papillaris) i pęcherzykowata (e. follicularis).

Mechanizm powstawania nadżerek dał powód do dwóch głównych przypuszczeń: Ruge i Veit, wychodząc z założenia, że najgłębsza warstwa nabłonka wielowarstwowego, pokrywającego błonę śluzową pochwy i części pochwowej, składa się z komórek wałeczkowatych, przyjmują, że powierzchowne warstwy nabłonka ulegają pod wpływem bodźców nieżyt wywołujących, złuszczeniu, a pozostały głęboki pokład nabłonka wałeczkowa-

tego przemienia się w warstwę powierzchowną, nabierając charakteru komórek śluzowych.

Drugie przypuszczenie, oparte na spostrzeżeniach klinicznych, dziś prawie ogólnie przyjęte, tłumaczy powstawanie nadżerek bujaniem nabłonka wałeczkowatego błony śluzowej szyjki poza anatomiczną granicę ujścia, który zastępuje złuszczony nabłonek płaski lub usuwa go, dzięki zwiększeniu swej siły proliferacyjnej.

Na tem miejscu nie od rzeczy będzie zwrócić uwagę na częstość pomyłek rozpoznawczych przy wywinięciu warg części pochwowej (ectropium), a mianowicie błona śluzowa szyiki, sztucznie odsłonięta, bywa niejednokrotnie uważana za wielką nadżerkę. Zdarzają się także i smutne w następstwach przypadki pomyłek, gdzie początkowe zmiany zwyrodnienia rakowego leczy się tygodniami, ba, nawet miesiącami jako nadżerki, zaniedbując czas najkorzystniejszy dla zabiegu doszczętnego.

Odosobnione nieżyty błony śluzowej trzonu macicy, objawiające się tylko zwiększoną wydzieliną bez nieprawidłowości w miesiączkowaniu, nie są częste, a rozpoznanie ich napotyka na trudności. Odznaczają się one zwiększeniem wydzieliny kilka dni przed perjodem, a celem ustalenia pochodzenia tej wydzieliny dobre oddaje usługi metoda Schultzego, polegająca na zakładaniu we wzierniku do pochwy przed ujście zewnętrzne dużego tamponu z waty, napojonego gliceryną. Po 24 godzinach zbiera się na tamponie większa lub mniejsza ilość wydzieliny śluzoworopnej, pochodzącej z jamy macicy.

Poza temi przypadkami nieżyty jamy macicy występują najczęściej powikłane nieżytami szyjki, wydzieliny obu tych odcinków macicy mieszają się z sobą, a jako główny objaw ze strony trzonu macicy wysuwają się na plan pierwszy nieprawidłowości w miesiączkowaniu i nieregularne krwawienia.

Przytoczywszy tylko te szczegóły z etjologji, patologji i symptomatologji nieżytów pochwy i macicy, które są potrzebne dla uzasadnienia niektórych uwag o leczeniu, omówię zasady leczenia nieżytów, stosowane głównie na materjale chorych dochodzących, częścią u chorych stałych na oddziale ginekologicznym Szpitala krajowego w Sarajewie.

Z góry zaznaczam, że celem naszym nie było szukanie nowych środków, lecz wypróbowanie starych i przez odpowiednie kombinowanie metod leczenia skrócenie czasu leczenia.

Zanim przejdę do szczegółowego omawiania tych kwestyj, uważam za potrzebne sformułowanie zasad, od których nie należy w leczeniu tych cierpień odstępować.

Zasady te dadzą się zebrać w kilku punktach, a mianowicie:

1. Nieżyty narządów rodnych kobiety wogóle nie powinny być przedmiotem miejscowego leczenia w przypadkach stanów zapalnych ostrych i podostrych macicy, przydatków i otrzewnej, gdyż w tych razach nieżyty są tylko następstwem głównego cierpienia, a leczenie ich poprawy nie przyniesie, lecz przeciwnie stan głównego cierpienia pogorszy.

2. W przypadkach przewlekłych schorzeń przydatków i otrzewnej leczenie powinno się ograniczyć tylko do szyjki macicy i pochwy. Miejscowe leczenie nieżytów trzonu macicy może wywołać nawrót ostrego stanu zapalnego. Należy raczej leczenie skierować ku osiągnięciu możliwej poprawy schorzeń okołomacicznych.

3. W przypadkach drobnowidowo stwierdzonego zakażenia wiewiorowego szyjki macicy lub tam, gdzie istnieje na podstawie innych klinicznych objawów (nieżyt cewki moczowej, zapalenia ujścia gruczołów Bartholiniego i t. d.) uzasadnione przypuszczenie wiewiórowej etjologji nieżytu — o ile uwagi pod 1. i 2. nie mają już zastosowania — należy w leczeniu nieżytów pominąć trzon macicy, choćby okolica macicy zmian chorobowych nie przedstawiała, gdyż nie mogąc stwierdzić, czy jama macicy jest wolna od zakażenia, zdarzyć się może, że na zdrową błonę śluzową przeniesiemy zarazki z szyjki i zamiast poprawy wywołamy pogorszenie cierpienia, nie mówiąc już o możliwości zawleczenia zarazków wiewióra do jajowodów.

4. Leczenie nieżytów powinno się rozpoczynać wkrótce po ostatniej menstruacji, by módz wykluczyć ewentualność ciąży. Podczas leczenia zalecić należy wstrzymanie się od spółkowania.

5. Leczenie nieżytów szyjki macicy podczas ciąży powinno być zasadniczo zaniechane, raz z powodu możliwości przerwania ciąży, powtóre ze względu na obawę zawleczenia zarazków do jamy macicy.

6. Samo leczenie miejscowe nie wiedzie do celu, jeżeli się nie uwzględni lub nie usunie ogólnych czynników, które, jak zmiany konstytucjonalne (niedokrwistość, blednica lub zołzy), lub wpływy mechaniczne (tyłozgięcia macicy wysokiego stopnia, głębokie przedarcia ujścia zewnętrznego, ciała obce (krążki), wreszcie błędy w higienie), często wywołują nieżyty, a zawsze je podtrzymują.

7. Leczenie nieżytów zapomocą przestrzykiwań pochwy, zakładania tamponów i t. p., wykonywanych przez same chore, rzadko wiedzie do celu i podkopuje zaufanie chorych do skuteczności leczenia wogóle.

Jak pod 6. podniosłem, nieżyty narządów rodnych nietylko wywoływane bywają chorobami konstytucjonalnemi, lecz także same często przy dłuższem trwaniu cierpienia powodują rozwinięcie się niedokrwistości, która znowu ze swej strony podtrzymuje schorzenie miejscowe. Tworzy się więc rodzaj błędnego koła, z którego wyjść zdołamy i chorą z ń wyprowadzimy, wziąwszy się do zwalczania zmian ogólnych i miejscowych równocześnie.

Nie będę tu wchodzić w szczegóły leczenia niedokrwistości, blednicy czy zołzów, które się w takich przypadkach stosuje, chcę tylko zwrócić uwagę na nabytek ostatniego dziesiątka lat, mianowicie na leczenie tych stanów chorobowych promieniami ultrafioletowemi.

Leczenie świetlne spotkało się i spotyka dotychczas z nieufnością wskutek głośnych reklam fabryk przyrządów, służących do wytwarzania promieni ultrafioletowych, t. zw. lamp kwarcowych.

Z równą nieufnością odnosiłem się i ja do tego nowego leczenia, mimoto chciałem sam wyrobić sobie zdanie, o ile ten nowy środek fizyczny, mając zastąpić czynniki naturalne, którym ogromnego znaczenia w stanach prawidłowych i chorobowych nikt odmówić nie może, posiada przypisywane mu własności.

Wyniki spostrzeżeń na materjale chorych stałych i dochodzących w liczbie 212 przypadków, z tego 57 przypadków obserwowanych klinicznie, skłaniają mnie do stosowania promieni ultrafioletowych jako środka dzielnego, wywierającego nader korzystny wpływ na stan ogólny chorych i na skład krwi.

Leczenie ogólne trwało 4—6 tygodni. Naświetlanie całego ciała obnażonego, w pozycji siedzącej dwoma, z przodu i z tyłu ustawionymi przyrządami, a w pozycji leżącej najprzód przedniej, potem tylnej strony ciała, z zabezpieczeniem oczu szkłami dymnemi, a delikatniejszych miejsc skóry, jak pachwin i t. p. skrawkami płótna, powtarzałem co drugi dzień z odległości 70 cm, poczynając od 5 minut aż do pół godziny, które stanowi maximum czasu działania.

Dodatnie skutki leczenia objawiały się wybitną poprawą stanu podmiotowego, a przedmiotowo przyrostem wagi ciała, który wynosił 0·5—2·6 kg. w przeciągu 4—5 tygodni. Również i skład krwi znacznie się poprawiał, ilość ciałek czerwonych krwi wzrastała o 700.000—1,500.000 w 1 mm sześć., a ilość hemoglobiny z 50%—60% podnosiła się na 75%—90%. Spostrzeżenia, dotyczące składu krwi, odnoszą się do 57 przypadków obserwowanych klinicznie, waga ciała była kontrolowana u wszystkich chorych, leczonych naświetlaniami. Chore dochodzące nie wstrzymywały się od zajęć codziennych.

U wielu chorych, zwłaszcza u dziewcząt, u których nieżyt narządów rodnych powstał na tle niedokrwistości, czy blednicy, objawy nieżytowe same bez miejscowego leczenia, także u kobiet żyjących płciowo, wybitnie ustępowały równolegle z poprawą stanu ogólnego. Na 72 chore tej kategorji, dotknięte nieżytami macicy natury niezakaźnej, zostało wyleczonych bez miejscowych zabiegów 59 chorych t. j. 81·9%. Mając tak dzielny środek pomocniczy, stosowałem go odtąd we wszystkich przypadkach leczonych miejscowo i stwierdziłem wybitny wpływ na szybkość ustępowania objawów chorobowych.

Tam, gdzie niema lampy kwarcowej, również dobre usługi oddają w lecie kąpiele słoneczne na wolnem powietrzu.

Przechodząc do leczenia miejscowego nieżytów narządów rodnych wewnętrznych, musimy omówić leczenie nieżytów pochwy i macicy, każde z osobna.

Nieżyty pochwy, dające się chorym szczególnie we znaki z powodu żrącej wydzieliny, która na częściach rodnych zewnętrznych powoduje nader przykre odparzenia, bywają najczęściej leczone przestrzykiwaniami pochwy z dodatkiem środków ściągających, które to przestrzykiwania z polecenia lekarskiego chore same wykonują. Chore te po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu zgłaszają się znowu ze skargą, że dopóki stosowały przepisane leczenie, uczuwały poprawę, lecz z chwilą zaprzestania przestrzykiwań, objawy chorobowe znowu powracały. Nie może nas to dziwić, gdy sobie uprzytomnimy ogromną ilość fałdów i zagłębień na błonie śluzowej pochwy, w których się zatrzymuje wydzielina i które przy przepłukiwaniach pochwy, w zwykły sposób stosowanych, nie wchodzą w zetknięcie z płynem

używanym do tego celu, nie mówiąc już o tem, że przepłukiwania takie mogą tylko usunąć nadmiar wydzieliny, ale nie leczą schorzenia, gdyż środki ściągające są dodawane do wody zazwyczaj w tak słabem zgęszczeniu, że nie mogą zadziałać na chorą błonę śluzową. Jeżeli więc chcemy, polecając chorej robienie przestrzykiwań pochwy, zadość uczynić przynajmniej wskazaniu doszczętnego usuwania gromadzącej się wydzieliny, winniśmy chorą pouczyć, by umieściwszy naczynie (irygator) z ciepłą wodą przepłotowaną w wysokości 50 cm ponad ciałem, po wypuszczeniu powietrza z rury gumowej, wprowadziła w pozycji leżącej nasadkę do pochwy mniej więcej 5 cm głęboko i zacisnąwszy wargi sromne jedną ręką około kanki, drugą otwarła kurek. Woda, gromadząc się w pochwie przy zamkniętym odpływie, rozszerzy jej światło, wygładzi wszystkie fałdy i zetknie się dokładnie z całą powierzchnią błony śluzowej. Z chwilą wystąpienia uczucia parcia powinna chora płyn z pochwy wypuścić, następnie ten sam proceder 2—3 razy powtórzyć. Słabe ciśnienie (50 cm), pod jakiem płyn się do pochwy dostaje, daje pewność, że rozdęcie pochwy nie nastąpi tak gwałtownie i w takiej mierze, by mogło mieć jakieś szkodliwe następstwa, których zresztą nigdy nie spostrzegałem.

Przepłukiwania pochwy, choćby z dodatkami środków ściągających, nie wywierają, jak wspomniałem, na błonę śluzową wpływu leczącego albo tylko bardzo słaby. Dlatego leczenie skuteczne nieżytu pochwy wymaga energiczniejszego zadziałania na błonę śluzową. Dwa sposoby stoją do wyboru:

Zadziałanie gałkami (tamponami) z waty, napojonemi rozczynem jednego ze środków ściągających, jak tannina, ałun w glicerynie (5:100), przyczem należy całą pochwę we wzierniku rurkowym wypełnić dość szczelnie tamponami, by wszystkie fałdy błony śluzowej wygładzić. Tampony zmieniać należy codziennie, a przed założeniem świeżych pochwę przepłukać, by ją uwolnić od masy złuszczonego nabłonka. Co kilka dni zaleca się robić jednodniową przerwę celem kontroli postępu leczenia.

Drugi sposób leczenia polega na przyżeganiu błony śluzowej nalewką jodową (1:30) lub 5% rozczynem azotanu srebrowego. Technika tego zabiegu dość prosta. Nastawiwszy część pochwową we wzierniku rurkowym, wlewa się doń kilka cm^3 jednego z wymienionych środków, a przy wysuwaniu zwolna wziernika cała ściana pochwy ukazuje się stopniowo, wchodząc w zetknięcie z płynem. Zwilżywszy w ten sposób całą pochwę, należy resztę płynu przed usunięciem wziernika wymaczać watą, by nie drażnić niepotrzebnie części rodnych zewnętrznych, wypryskiem lub odparzeniem dotkniętych. Zabieg ten powtarza się co 2—3 dni.

Który z tych dwóch sposobów leczenia stosować będziemy, zależy od stopnia nieżytu pochwy. W przypadkach, gdzie błona śluzowa pochwy jest silnie obrzmiała, korzystniejsze jest stosowanie tamponów z gliceryną tanninową lub ałunową. W przypadkach bardziej przewlekłych, a zwłaszcza przy zakażeniu wiewiórowem u kobiet starych, przyżeganie rozczynem azotanu srebrowego lub nalewką jodową daje lepsze wyniki.

Leczenie nieżytów macicy ograniczyć się powinno w przypadkach zakażenia wiewiórowego z wyżej wyłuszczonych powodów do leczenia szyjki. W innych przypadkach, lecząc nieżyt szyjki, będziemy leczyć równocześnie i jamę macicy.

Do leczenia używane są już oddawna środki przyżegające i ściągające w rozczynach o rozmaitych zgęszczeniach. Środki te stosuje się zapomocą pręcików aluminiowych (Playfair) lub srebrnych, giętkich (Saenger), obwiniętych cienką warstwą waty, napojonej rozczynem danego środka i wprowadzanych do macicy.

O ile chodzi o leczenie samej szyjki macicy, używanie tych pręcików odpowiada zupełnie celowi. Gdy jednakże pręcik taki w celu leczenia błony śluzowej jamy macicy wprowadzimy do jej wnętrza, to pokład waty, napojony rozczynem środka przyżegającego, przechodząc przez mniej lub więcej zwężone ujście wewnętrzne, traci z powodu ucisku większą część płynu, który pozostaje w szyjce lub wycieka na zewnątrz. Rzecz prosta, że ta mała ilość płynu, która pozostaje w wacie, nie może zadziałać na całą powierzchnię jamy macicy. Chcąc więc z leczenia osiągnąć skutek istotny, należy zamiast pręcika używać cewnika z twardego kauczuku, któremu przez ogrzanie we wrzącej wodzie możemy nadać dowolne zakrzywienie. Cewnik ten od ślepego i zaokrąglonego zarazem końca posiada na długości 10 cm drobne wręby, podobnie jak zgłębnik Playfaira, by warstewka waty mogła się na nim utrzymać, a blisko ślepego końca dwa małe boczne otworki. Po wprowadzeniu cewnika, obwiniętego w cienką warstwę waty, do jamy macicy, wtłacza się do niego zapomocą strzykawki 0·5—1 cm sz. rozczynu środka przyżegającego, który dostaje się do waty i znajduje się wtedy w dostatecznej ilości, by zadziałać i rozejść się po całej powierzchni błony śluzowej, a nie będąc w nadmiarze, ani pod ciśnieniem, nie może się dostać do jajowodów, co się czasami zdarzało przy użyciu strzykawki Brauna.

Nadżerki przyżega się tym samym środkiem, którym się leczy błonę śluzową macicy. Leczenie samej nadżerki bez równoczesnego leczenia nieżytu szyjki, który jest punktem wyjścia nadżerki, nie wiedzie do celu; po początkowem zmniejszeniu się, z chwilą przerwania leczenia nadżerka znowu ma dążność do nawrotu. Dlatego leczenie nadżerek zapomocą gałek z masła kakaowego z dodatkiem środków ściągających lub tamponów wprowadzanych do pochwy — bez osobnego leczenia nieżytu szyjki — nie przynosi wiele korzyści, nie mówiąc już o zupełnej bezcelowości zakładania tamponów przez chore same, gdyż w tych razach tampony pozostają zazwyczaj w dolnej połowie pochwy, nie dosięgnawszy nawet nadżerki.

Od rodzaju środka przyżegającego zależy częstość stosowania jego na nadżerkę, względnie na błonę śluzową. Im energiczniejsze jest działanie jakiegoś środka, polegające na wywołaniu obumarcia powierzchownej warstwy nadżerki i błony śluzowej, tem głębiej sięga zmiana przez niego spowodowana i tem dłuższego czasu potrzebuje błona śluzowa do oddzielenia obumarłej warstwy (nabłonka). Powtórne zadziałanie na to samo miejsce przed ukończeniem procesu odnowy wywołuje zmiany głębsze, z następowemi zbliznowaceniami, nie przyczynia się więc do rychłego przywrócenia stosunków prawidłowych.

Działanie środków przyżegających na nadżerki polega na niszczeniu nabłonka wałeczkowatego przy równoczesnem pobudzaniu do bujania nabłonka wielowarstwowego części pochwowej, który, narastając od obwodu, zwolna zajmuje miejsce komórek wałeczkowatych.

Przy leczeniu nadżerek t. zw. brodawkowych powinniśmy się starać zniszczyć zagłębienia gruczołowe, nim miejsce nadżerki pokryte zostanie nabłonkiem płaskim, gdyż w przeciwnym razie tworzą się w nadmiernej liczbie pęcherzyki śluzem wypełnione, wywołujące przez mechaniczny ucisk bóle przy miesiączkowaniu i uczucie napięcia w podbrzuszu. Pęcherzyki można wprawdzie usunąć przez nakłucia, mają one jednak wielką skłonność do nawrotów.

Otóż doświadczenie uczy, że stosowanie środków, bardzo energicznie pobudzających nabłonek płaski do szybkiego pokrycia nadżerki, skraca wprawdzie czas leczenia, lecz ułatwia tworzenie się wspomnianych pęcherzyków tam, gdzie ich dotychczas (n. p. wskutek zaczopowania ujścia gruczołu) nie było. Z tego wypływa wskazówka, kiedy i jakiego środka w leczeniu nadżerek używać będziemy.

Saenger ułożył skalę środków przyżegających według energji działania i długości przerwy, niezbędnej między jednem a drugiem zastosowaniem danego środka. Skala ta w miarę robionych spostrzeżeń ulegała zmianom, względnie uzupełnieniu i dzisiaj przedstawia się w następującej postaci:

50% rozczyn chlorku cynku	co	14—16 dni
30% » » »	co	10—12 »
azotan srebrowy in substantia	co	8—10 »
50% rozczyn azotanu srebrowego	co	6—7 »
25% formalina	co	3—5 »
nalewka jodowa	co	3—4 »
ocet drzewny	co	1—2 »

Stosowanie środków bardzo energicznych, jak rozczynów chlorku cynku i azotanu srebrowego »in substantia«, wychodzi coraz więcej (i słusznie) z użycia z powodu zbyt silnego działania wgłąb z następowemi zbliznowaceniami i zwężeniami szyjki. Również dla leczenia nadżerek są te środki niekorzystne z wyżej wyłuszczonych powodów. Najchętniej używane są: nalewka jodowa (1:10) i ocet drzewny, oba środki mało drażniące i zwolna ale doszczętnie leczące (zwłaszcza nalewka jodowa) nieżyty macicy.

Do leczenia nieżytów szyjki natury zakaźnej, wiewiórowej, korzystniej jest używać środków swoistych, jak rozczynów azotanu srebrowego (10%) lub protargolu (20%). Także nalewka jodowa, a zwłaszcza formalina (25%—50%) dobre oddaje usługi. Przyżeganie powtarza się w odstępach 3—5-dniowych.

Pamiętać o tem należy, że przed przyżeganiem trzeba z powierzchni błony śluzowej usunąć nagromadzony śluz zapomocą pręcików z watą napojoną 5% rozczynem sody.

Leczenie nieżytów macicznych wymaga 6—8 tygodni czasu, a nawet i krócej, przy równoczesnem stosowaniu ogólnych naświetlań promieniami ultrafioletowemi. Leczenie przerywa się na 2—3 dni przed miesiączką, a w 2 dni po jej ukończeniu podejmuje się je na nowo. Oznaką wyleczenia przy nadżerkach będzie

pokrycie ich zupełne nabłonkiem płaskim, w innych przypadkach nieżytów zmniejszenie się wydzieliny i zmiana jej wyglądania. W przypadkach zakażenia wiewiórowego leczenie nie zawsze wiedzie do doszczętnego usunięcia zarazków, mimo to powiedzie się często usunąć objawy przedmiotowe.

Przedarcia szyjki i wywinięcia warg ujścia zewnętrznego wymagają zabiegów plastycznych, których żadne leczenie zachowawcze zastąpić nie może.

Tutaj chcę wspomnieć o próbach miejscowego leczenia nieżytów macicznych, powikłanych nadżerkami, zapomocą promieni ultrafioletowych.

Próby te podjąłem na 34 chorych, naświetlanych miejscowo obok leczenia środkami przyżegającemi (nalewką jodową). Celem kontroli, o ile promienie ultrafioletowe wywierają korzystny wpływ bezpośrednio na leczenie nadżerek, miałem w równoczesnej obserwacji chore, leczone tylko zapomocą przyżegań. Do kontroli wybierałem przypadki ze zmianami nieżytowemi zupełnie podobnemi do tych, które były naświetlane.

Wyniki tych prób zachęcają do stosowania naświetlań miejscowych przy leczeniu nadżerek, gdyż czas potrzebny do pokrycia się nadżerki nabłonkiem płaskim w przypadkach naświetlanych był o $^1/_2$ lub $^1/_3$ krótszy od czasu leczenia kontrolnego wśród zresztą tychsamych warunków. Pokrywanie nabłonkiem odbywało się szybciej, a równorzędnie z tem ilość wydzieliny zmniejszała się wybitnie. Tylko w dwóch przypadkach bardzo dużych nadżerek nie widziałem poprawy po naświetlaniu. Tutaj i leczenie miejscowe było bez wybitnego skutku, dopiero zabieg operacyjny zmianę chorobową doszczętnie usunął.

Technika naświetlań łatwa: U chorej, ułożonej na stołku do badania, nastawia się część pochwową we wzierniku Bandla i umocowuje się ją w tej pozycji zapomocą dwóch ostrych haczyków, przytrzymujących drugim końcem brzegi wziernika. Lampę kwarcową ustawia się w odległości 50 cm od części pochwowej. Części rodne zewnętrzne i uda pokrywa się bielizną. Naświetlania stosowałem co 3 dni, od 5—10 minut, w przerwach między leczeniem miejscowem po oddzieleniu się strupka.

W końcu chcę zwrócić uwagę na jeden szczegół z zakresu higieny narządów rodnych kobiety, odgrywający pewną rolę w etjologji nieżytów narządów rodnych, zwłaszcza pochwy.

Każdy z lekarzy, nietylko ginekolodzy, spotkał się często z wyznaniem chorych, że dla czystości przestrzykują pochwę codziennie czystą wodą lub co gorsza z dodatkiem jednego z wielu środków przeciwgnilnych.

O ile te chore cierpią na przewlekłe nieżyty narządów rodnych i starają się w ten sposób uwolnić od przykrych jego objawów, jestto poniekąd zrozumiałe. Jednakże często spotyka się kobiety, które z innych powodów (zwłaszcza w celu zapobiegania ciąży) przywykły do tego zabiegu i późniei nie mogą się obejść bez niego. U tych chorych znajdziemy czasami przewlekły nieżyt pochwy, a częściej przy używaniu środków ściągających błonę śluzową stwardniałą, powierzchowne warstwy nabłonka zrogowaciałe, słowem wrażenie skóry, nie błony śluzowej.

Nie potrzeba uzasadniać szkodliwości takiego postępowania. Wiemy, że pochwa w stanie prawidłowym posiada sama środki obronne przeciw zakażeniu, tymczasem środki przeciwgnilne, używane do przestrzykiwań, zmniejszają jej naturalną odporność, a przestrzykiwania robione zapomocą nie zawsze czystych nasadek narażają chore na zakażenia, które w istocie nieraz temu przypisać musimy.

Piśmiennictwo bieżące.

Choroby kobiece i położnictwo.

Doc. Schweitzer: **Zmiany we krwi po naświetlaniu mezotorem.** (M. m. W. 1916, 10). Po naświetlaniach w przypadkach ginekologicznych stwierdzał S. stale: zrazu przemijającą leukocytozę, potem jednak leukopenję, przyczem zmniejszała się ilość leukocytów neutrofilnych, a stosunek zmieniał się na korzyść limfocytów. Stan czerwonych krwinek nie ulegał wybitniejszym zmianom. Zmiany co do leukocytów niewątpliwie nie są obojętne, zwłaszcza, że ustępują nierychło. Ubytek bezwzględny i stosunkowy leukocytów neutrofilnych, które mają w ustroju rolę fagocytów oraz roznosicieli antytoksyn, może osłabiać odporność ustroju względem zakażeń; przewaga zaś limfocytów po naświetlaniach mezotorem przywodzi na myśl spostrzeżenia białaczki, już w 6 przypadkach opisanej u rentgenologów. W każdym zaś razie zmiany krwi po naświetlaniach mezotorowych mogą budzić poważne obawy w tych przypadkach, w których stan krwi już wskutek rozwoju raka w ustroju znacznie się pogorszył. Rzeczą dalszych badań będzie stwierdzić, czy szkodliwy wpływ mezotoru na krew da się przez zmniejszenie dawki i częstości naświetlań złagodzić bez osłabienia działania na nowotwór. r.

Prof. Esch: **Pantopon-skopolamina w położnictwie.** (M. m. W. 1914, 13). Autor stosował pantopon-skopolaminę w 200 przypadkach. Używa się dwu rozczynów. Jeden zawiera w 1 cm³ 0,015 pantoponu i 0,003 skopolaminy. Drugi zawiera 0,005 pantoponu i 0,00015 skopolaminy. Dawkowanie zależy od wagi ciała. Z rozczynu pierwszego wstrzykuje Esch przy 45 kg., 0,6 cm³, przy 50 kg. 0,7 cm³, przy 55 kg. 0·8 cm³, przy 60 kg. 0·85 cm³, przy 65 kg. 0,9 cm³, przy 70 kg. 0,93 cm³, przy 75 kg. 0,96 cm³, a przy 80 i więcej kg. wagi 1 cm³. To przy pierwszem wstrzyknięciu. Przy następnych wstrzyknięciach posiłkuje się Esch drugim rozczynem. W celu uniknięcia wszelkich podrażnień zaleca E. założyć rodzącej do uszu waciki z oliwą, światło przyciemnić, wewnętrznego badania unikać z rozpoczęciem leczenia i dokładnie kontrolować tony serca dziecka. Po raz pierwszy wstrzykuje się pantopon-skopolaminę, kiedy ujście macicy jest rozwarte na pięć koron i przy silnych bólach porodowych. Najlepiej kierować się bólami; jeżeli co 5 minut występują silne bóle, — wówczas wstrzyknąć. Już po 10 minutach rodząca staje się senną i uspokaja się. Bóle porodowe przy tem nie ustępują, lecz skracają się i chora je odczuwa tylko na wysokości bólu. Jeżeli skutek pierwszego wstrzyknięcia jest nieznaczny, to po 20—30 minutach wykonuje się drugie wstrzyknięcie Z następnem wstrzyknięciem należy poczekać, aż nasilenie bolów wzmoże się. Esch stosował drugie wstrzyknięcie po 50—60 minutach, a trzecie po następnej $1^1/_2$ godzinie. Po drugiem wstrzyknięciu następuje zwykle sen, przerywany cichem stękaniem podczas bólu. Przy przerzynaniu się główki czują rodzące ucisk ku dołowi. Pierwsze godziny połogu położnica przesypia. Ewentualnie podczas bólu można podawać także kilka kropli chloroformu. Uboczne działanie: pragnienie, suchość w ustach (pozwalać pić), zaczerwienienie twarzy; jeżeli zaczerwienienie twarzy jest znaczne, świadczy to o szczególnej wrażliwości na środek powyższy, albo o zbyt wielkiej dawce. Wtedy należy zaniechać wstrzykiwań ze względu na płód. Jeżeli bóle, zamiast wzmagać się, słabną, należy zastosować pituglandol. W przypadkach Escha było to konieczne u 23% pierwiastek i u 39% wieloródek. Przeciwwskazania do stosowania uśpienia pantopon-skopolaminowego są następujące: 1) Wązka miednica; słabe bóle porodowe, słabe powłoki brzuszne. 2) Konieczność przyspieszenia porodu (zakażenie, gorączka, krwotoki, niebezpieczeństwo grożące życiu dziecka). 3) Choroby płuc, krążenia; przewlekłe choroby nerek, przymiot, wczesne porody u pierwiastek poniżej 16 lat ze względu na słabe dzieci. 4) Nieprawidłowe położenie i wypadnięcie pępowiny. Dr Tadeusz Kon.

Adler: **Przyczyny i leczenie krwotoków macicznych.** (Med. Klinik 1914, 5). Przedewszystkiem należy rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą miesiączkę krwotokową, czy krwotok maciczny, czy krwotok pochodzenia urazowego (spółkowanie, przestrzykiwanie i t. d.), który występuje przy polipach, nadżerkach (erosio), przy nawrotach złośliwych szyjki macicznej, oraz uwzględnić znaczenie krwotoku po dłuższym lub krótszym braku miesiączki (nowotwory złośliwe, ciąża). Silny krwotok w takim przypadku przemawia za zwyczajnem poronieniem; długotrwały zaś nieznaczny krwotok przemawia za poronieniem tyłozgiętej macicy lub za ciążą zewnątrzmaciczną. Ciążę zewnątrzmaciczną znamionują następujące cechy: Oczekiwana miesiączka we właściwym czasie nie nastąpiła, lecz w kilka dni lub tygodni wystąpiło słabe, długotrwałe krwawienie, z jednoczesnymi bólami z prawej lub lewej strony w dolnej części brzucha. (Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej musi być operacyjne). Nowsze badania histologiczne wykazały, że miesiączka krwotoczna u kobiet, jak również nieprawidłowe silne miesiączkowanie u młodych dziewcząt nie są zależne od zapalenia mięśnia macicznego (metritis), ani od zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis). Zmiany, które znajdujemy przy tak zwanej »endometritis glandularis« nie są niczem innem, jak fizyologicznemi zmianami w błonie śluzowej macicy w okresie przedmiesiączkowym; przy tak zwanej »endometritis interstitialis« niema krwotoków, a w wielu przypadkach krwotoków błona śluzowa macicy jest zupełnie prawidłowa. Według dzisiejszych poglądów przyczyna krwotoków leży nie w macicy, lecz w jajnikach. Również zaburzenia w innych narządach o wewnętrznem wydzielaniu mogą być przyczyną krwotoków macicznych (choroba Basedowa, akromegalia, choroba Addisona, obrzęk śluzowaty). Siedzący sposób życia,

zaparcie stolca, sznurowanie się, wogóle sposób życia, sprawiający przekrwienie, w narządach miednicy wywołuje silne i długotrwałe miesiączkowanie. Te nowe zdobycze wyjaśniają dostatecznie bezskuteczność dotychczas stosowanych wyskrobywań macicy. Polecać należy łóżko, zmianę klimatu (góry niezbyt wysokie), sposób życia wzmacniający, kąpiele żelaziste i solankowe. Ze środków farmaceutycznych stosuje się ergotynę, sekakorninę Roche (3 razy dziennie po 15 kropli), styptycynę Mercka (per os), pituitrynę, mamminę Poehla. Przy chorobach, które obniżają zdolność krzepnięcia krwi, stosuje się mleczan wapniowy lub węglan wapniowy po 0,5 na dawkę 3—4 razy dnia, lub żelatynę wewnętrznie i w tym tylko przypadku wytamponowanie pochwy. Promienie Röntgena są znakomitym środkiem przy krwotokach w okresie przekwitania, o ile krwotoki te nie mają tła złośliwego. W latach dojrzałości płciowej nie należy stosować rentgenizacji ze względu na mogący powstać zanik jajników. Przy mięśniakach wpływają promienie Röntgena na krwotoki, lecz nie na nowotwory. Mięśniaki złośliwe, znamionujące się szybkim i stałym wzrostem, stałymi krwotokami, nie nadają się do leczenia promieniami Röntgena. Dr Tadeusz Kon.

Martius: **Znieczulenie miejscowe przy operacjach pochwowych.** (Med. Klin. 1. 1920). Znieczulenie krzyżowe (anaesth. sacralis) ma ujemne strony, a mianowicie: w około 20% przypadków znieczulenie to zawodzi, dość często jest zabiegiem niebezpiecznym, pomijając już fakt, że w 5% przypadków zabiegu z powodu znacznego podkładu tłuszczu lub patologicznych zmian kości miednicy wykonać nie można. M. stosuje znieczulenie przykrzyżowe (anaesthesia parasacralis Brauna). Racjonalniejszą nazwą jest znieczulenie przedkrzyżowe (a. praesacralis). Do zabiegu używa M. ½% rozczynu nowokainy suprareniny, wstrzykując go w całą przednią ścianę kości krzyżowej. Do jednego znieczulenia zużywa M. 194 cm³ rozczynu. Zabieg ten jest łatwy i da się prędko wykonać. Znieczulenie utrzymuje się do 2 godzin. Loebel.

Barolin: **Krwawienie z jajników.** (Med. Klin. 1, 1920). Cztery przypadki krwawienia z jajników, które jako »zapalenie ślepej kiszki« dały wskazanie do zabiegu operacyjnego. W dwóch przypadkach udowodniono krwawienie z pęcherzyków jajnikowych, w dwóch z ciałka żółtego. Przypadki te dawały objawy otrzewne. Przy gwałtownym początku, niedokrwistości a dziewiczym stanie narządów rodnych można z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznawać: »krwawienia z jajników bez ciąży«. Loebel.

Kritzler: **Nowe zdobycze z literatury położniczej z r. 1914—1916.** (Med. Klin. 1, 1920):

a) Zacharias opisuje krwawienie z narządów rodnych u noworodków płci żeńskiej. Występują one jednorazowo, z końcem pierwszego tygodnia. Według Halbana krwawienia te polegają na hormonalnem powiększaniu się macicy, spowodowanem przez ciała pochodzące z łożyska, a które krążą w krwi noworodka.

b) Roubal stosuje z powodzeniem wyciskanie pępowiny według Marka przy zamartwicy noworodków, jako środek cucący. Zabieg wykonuje w ten sposób, że zaciska palcami pępowinę przy szparze sromowej matki i wyciska krew z pępowiny w kierunku pępka dziecka. Doszedłszy do pępka dziecka, natychmiast chwyta drugą ręką pępowinę tuż przy szparze sromowej i znowu we wspomnianym kierunku wyciska. Zabieg ten wykonuje około 3 razy, przez co dostarcza się dziecku krwi obfitującej w tlen. Przeciwwskazany jest ten zabieg przy ciężkich obrażeniach noworodka, przedwczesnem odklejeniu się łożyska, przedarciu pępowiny, przyczepie jej do błon płodowych, przy jej skręceniu (torsio), nie dającem się prędko usunąć i przy prawdziwych węzłach pępowiny.

c) Inny sposób stosuje Mack przez wstrzykiwania 1 cm rozczynu epinefryny 1:1000 do przeciętej pępowiny.

d) Abels tłómaczy żółtaczkę noworodków, jako wynik wzajemnego oddziaływania pewnych ciał, pochodzących z łożyska. Żółtaczka noworodków często bywa rodzinna lub habitualna.

e) Odleżyna po porodzie powstaje według Kottmeiera na tle zatrucia ciążowego przez zmiany w wydzielaniu wewnętrznem.

f) Dla zapobieżenia zapaleniom gruczołu mlecznego poleca Strassmann podczas ciąży mycie piersi tylko czystą zimną wodą, a przy suchych brodawkach nakładanie wacika, nasiąkniętego lanoliną. Przetwory spirytusowe są nieodpowiednie, gdyż przez nie staje się skóra porowatą. Podczas połogu należy okładać brodawki wacikiem nasiąkniętym 2—5% resorbiną i balsamem peruwiańskim; nie dotykać pod żadnym warunkiem samej brodawki. Loebel.

Frankl: **Przyczynki do patologji i kliniki raka jajnika, zwłaszcza przerzutowego.** (Archiv f. Gyn. B. 113/1, 1920). Rak żołądka, wogóle rak przewodu pokarmowego, bardzo często i bardzo wcześnie tworzy przerzuty w narządach rodnych kobiecych. Przerzuty tworzą się często już wtedy, kiedy guz pierwotny jest jeszcze bardzo mały i kiedy często jeszcze nie daje objawów. W każdym przypadku raka żołądka u kobiety należy dokładnie zbadać narządy rodne. Przerzuty w jajnikach dochodzą do rozmiarów stosunkowo wielkich guzów, natomiast w macicy i jajowodzie są prawie zawsze mikroskopijnie małe. Zjawiskiem bowiem stałem jest obecność w naczyniach limfatycznych macicy lub jajowodu ognisk rakowych przy przerzutowym raku jajnika pochodnym z żołądka. Przy pierwotnych rakach jajników Frankl najczęściej nie znajdował przerzutów w macicy lub jajowodach, a jeżeli są obecne, to zasadniczo różnią się od raków przerzutowych, ponieważ usadawiają się zawsze powierzchownie, nie okazując zupełnie skłonności do wnikania w głąb. Pierwotne raki jajników częściej powstają u kobiet, które mało rodziły i częściej są jednostronne. Rozpoznanie raka jajnika opierać się musi na fizycznem i chemicznem badaniu przewodu pokarmowego, na badaniu rentgenologicznem, często też gastroskopii i rektoskopii. Ważna jest charakterystyczna twardość macicy, a czasem jajowodów. W przypadkach pierwotnego raka jajnika, kiedy nigdzie zresztą nie znajdujemy schorzenia rakowego (wystarcza rozpoznanie gołem okiem podczas operacji) dozwolone jest wycięcie schorzałego jajnika i pozostawienie macicy i drugiego jajnika. W przypadkach przerzutowego raka jajnika należy usunąć dokładnie wszystko, tak że w tych przypadkach niema nawet prawa bytu amputacja ponadpochwowa, gdyż ogniska śródlimfatyczne sięgają często do szyjki macicy. W przypadkach raka przewodu pokarmowego a przedewszystkiem żołądka z przerzutami jajnikowymi już sama twardość jajników lub macicy jest wskazaniem do gruntownego ich usunięcia. Ginekolog przy operacji raka jajnika musi rewidować przewód pokarmowy, chirurg przy operacji raka żołądka narządy rodne. Loebel.

Lämmerhirt: **Ciężkie powikłania grypy wśród ciąży.** (Med. Klin. 5, 1920). Przypadek ciąży czteromiesięcznej z krwotocznem zapaleniem nerek, rozszerzeniem serca, z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i podostrem zapaleniem płuc i opłucnej. Krew znikła z moczu po wstrzyknięciu 40 cm³ jałowej żelatyny Mercka podskórnie. Podostre uporczywe zapalenie płuc i opłucnej znakomicie wyleczone zostało po 8 wśródmięśniowych wstrzykiwaniach po 1 cm³ eukalyptus-mentholin (metoda podana przez Berlinera i Straussa). Znakomitym środkiem moczopędnym okazał się po bezskutecznem stosowaniu naparstnicy i diuretyny — mocznik. Pod koniec ciąży pogorszenie. Poród samorodny 3 tygodnie przed terminem. Dziecko i matka zdrowe. Wyjątkowo szczęśliwy przypadek ten jest pouczającym dla sytuacji, kiedy rodzice koniecznie domagają się utrzymania ciąży. Loebel.

Alsberg: **Wynicowanie macicy w okresie poporodowym.** (Zeits. f. ärzt. Fort. 5, 1914). Że wynicowanie macicy w okresie poporodowym zdarza się częściej w praktyce prywatnej, niż w klinikach, należy to kłaść nie na karb lepszego wyćwiczenia personalu klinicznego, lecz na karb różnorodności materjału. Dawniej przypuszczano, że wynicowanie macicy wywołują zabiegi poporodowe, jak pociąganie za pępowinę, przedwczesny lub błędnie wykonany zabieg Credégo. Dziś wiemy, że przedewszystkiem wchodzi w tych razach w grę usposobienie indywidualne, gdyż wynicowanie macicy może nastąpić zupełnie samorodnie. Przyczyna wynicowania leży w niedostatecznym rozwoju mięśnia macicznego, w zwiotczeniu ścian macicznych; o ile do tego przyłączy się ucisk powłok brzusznych, zabieg Credégo i t. d., to wynicowanie macicy zaraz się wytwarza. Od wielkości wynicowania zależy jego przebieg i rokowanie. Częściowe wynicowanie nie daje prawie żadnych objawów i leczy się samo, często nawet nie bywa spostrzeżone. Wynicowanie zupełne daje rokowanie złe. Wywołuje ono przedewszystkiem bardzo ciężki wstrząs, który sam przez się może wywołać zejście śmiertelne. Znaczna utrata krwi przed i po wynicowaniu zwiększa jeszcze bardziej grozę położenia. Thorn oblicza śmiertelność w tych przypadkach na 16%, Jones na 35%. Przyczyną śmierci w pierwszym rzędzie jest wstrząs i krwotok, dalej zakażenie i zator płuc. Łożysko przytem może być jeszcze przymocowane do wynicowanej macicy, albo też być już od niej oddzielone. Choć wstrząs pomyślnie minie, to wynicowanie może wieść do dalszych następstw, jak krwotok, zgorzel, zakażenie. Rozpoznanie nie przedstawia trudności, jeżeli wynicowanie jest całkowite. Zdarzają się jednak rozpoznania błędne, ze względu na rzadkość tych przypadków. Opisano już przypadki, w których wynicowaną macicę brano za łożysko, za nowotwór i podejmowano zabieg, którego

następstwem było wyrwanie całej macicy. Co się tyczy zapobiegania, to można dużo zdziałać. Przedewszystkiem należy zwalczać niedowład macicy, a przy wiotkiej macicy nie stosować zabiegu Crédégo, nigdy zaś nie ciągnąć za pępowinę. Leczenie zależy od wielkości wynicowania. Częściowe wynicowanie nie wymaga żadnej interwencji. Jedynie przy poważniejszych objawach, jak krwotok, koniecznem bywa wytamponowanie pochwy przy jednoczesnem zastosowaniu wstrzykiwań sporyszu lub wyciągu z przysadki. Zupełne wynicowanie wymaga zwalczania wstrząsu i niebezpieczeństwa utraty krwi. Przedewszystkiem należy się postarać o ręczne odprowadzenie macicy. Odprowadzenie często staje się niemożliwem, jeżeli, pomimo odprowadzania, macica ciągle się wynicowuje, lub jeżeli dolny odcinek szyjki kurczowo się zacieśnia. Z tych względów należy odprowadzać w uśpieniu, a jednocześnie z odprowadzaniem macicy należy wytamponować ją w ten sposób, że całą rękę wkładamy do pochwy i odprowadzoną część macicy natychmiast tamponujemy. Wraz z wytamponowaniem macicy i wynicowanie jej zniknie. Następnie tamponujemy pochwę. Gruntowne wytamponowanie macicy i pochwy (tampon zostawiamy na dobę) zapobiega następowym nawrotom i krwotokom. O ileby się pierwsza próba odprowadzenia nie udała, należy po kilku godzinach znowu próbować, ale nie forsownie, ażeby wstrząsu nie powiększyć. Między obiema próbami należy zostawić pochwę wytamponowaną, ażeby tampon uciskał wynicowaną powierzchnię. Gdyby i druga próba się nie udała, należy wynicowanie usunąć chirurgicznie (rozszczepienie przedniej lub tylnej ściany macicy).

Tadeusz Kon.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 7. IV. 1920 r.

Przewodniczy prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 52 członków.

I. Kol. Tabor dzieli się spostrzeżeniem co do działania białego precypitatu (hydrargyrum praec. album) przy świądzie (pruritus). Poleca je jako 1% maść.

II Prof. Rosner przedstawia **zdjęcia rentgenologiczne** z przypadku **akromegalji** u kobiety, przedstawionej na przedostatniem posiedzeniu. Na kliszach z czaszki widoczne jest znaczne pogłębienie i rozszerzenie siodełka. Zdjęcia rąk i nóg dają dokładny obraz poszerzenia kości, a zwłaszcza nasad członków palcowych.

III. Kol. kap. Skórczewski: **Zagadnienia z rentgenologji i radjologji.**

W dyskusji zabiera głos prof. Rosner i prelegent.

IV. Do Towarzystwa przyjęto kol. Wł. Mikuckiego i Stan. Tomczyka.

XIV. Posiedzenie naukowe z dnia 14. IV. 1920 r.

Przewodniczy prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 60 członków.

I. Kol. prof. Rosner przedstawia preparat po doszczętnem wycięciu macicy z częściami dodatkowemi z powodu **mięsaka części pochwowej macicy.** Przypadek ten dotyczy 54-letniej żydówki, u której rozpoznanie makroskopowe wahało się między rakiem, a nabłoniakiem kosmówkowym (chorionepithelioma); badanie mikroskopowe (prof. Ciechanowski) wykazało mięsaka. Nowotwór ten spotyka się w części pochwowej bardzo rzadko.

W dyskusji kol. prof. Ciechanowski potwierdza rzadkość preparatu, wypowiada jednak zdanie, że jest on pochodzenia mięśniakowego z następowem złośliwem zwyrodnieniem (sarcoma myogenes).

II. Kol. prof. Wachholz: **Historja szpitali SS. Miłosierdzia, św. Barbary i św. Ducha.** (Cz. I.). (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. prof. Rosner stwierdza wybitne znaczenie badań prof. Wachholza w kierunku wykrycia rzeczywistej prawdy w sprawie tak bardzo zawikłanej, jaką jest szpitalnictwo krakowskie. Badania prelegenta przyczynić się muszą do rewindykacji praw Akademji (Uniwersytetu) do szpitala św. Łazarza.

XV. Posiedzenie naukowe z dnia 21. IV. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 67 członków.

I. Kol. doc. Walter: **Z zagadnień leczenia kiły.** Wiadomości nasze o dowodach zupełnego wyleczenia kiły są do dziś dnia niezupełne, aczkolwiek w ostatnich czasach bardzo wiele spraw, dotyczących patologji i terapji kiły, zostało wyjaśnionych. Ostatnie badania Lomholza nad wessaniem się i wydzielaniem rtęci potwierdziły skuteczne działanie rtęci w postaci wcierań i wstrzykiwań śródmiąższowych. Inne metody stosowania rtęci są niedostateczne. Chemoterapja kiły również postąpiła naprzód dzięki pracom Kollego i jego uczniów, którzy wyprodukowali nowe przetwory arsenobenzolowe. Francuzi, zdobywszy w czasie wojny tajemnicę wyrobu arsenobenzolu, wytworzyli również cały szereg przetworów. Według Kollego, jego przetwory mają wyższość nad innymi z powodu wyższego indeksu chemoterapeutycznego, a mniejszej toksyczności. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne wykazały, że obawy toksycznego działania arsenobenzolu były przesadzone. Wiele zjawisk, jak neurotropizm, były tylko odczynem silniejszym swoistej sprawy chorobowej wskutek wprowadzenia do ustroju arsenobenzolu. Typem działania toksycznego salwarsanu na ustrój byłoby tylko zapalenie skóry (dermatitis), występujące nieraz w bardzo ciężkiej postaci. Zbiór objawów nazwanych przez Francuzów »crises nitroides«, powstaje wskutek indywidualnych ustrojowych danych leczonego osobnika. Zapatrywania nasze na mechaniczne działanie rtęci uległy również zmianie. Na podstawie rozległych prac i badań przekonano się, że rtęć niema działania zabijającego krętki blade, ale wywiera tylko swoisty wpływ na naciek kiłowy i czynności obronne ustroju; krętkobójcze działanie zaś przypisać musimy arsenobenzolowi. Ogół lekarzy przyjmuje dziś leczenie salwarsanem i rtęcią. Ze względu na korzystne warunki w pierwszych okresach kiły i możność zupełnego wyjałowienia ustroju należy rozpoczynać leczenie jaknajprędzej, a prowadzić je aż do ujemnego odczynu Wassermanna. W razie pojawienia się serologicznego nawrotu, należy leczenie powtórzyć. Kiła późna układu nerwowego ośrodkowego nie da e dobrych wyników leczenia, dlatego próbowano różnych metod i kombinacyj, jak śródlędźwiowo, domózgowo i nadoponowo. Sprawa zupełnego wyleczenia kiły nie da się obecnie jeszcze z wszelką pewnością określić. Zapatrywania na okres czasu, jaki powinienby upłynąć od ostatniego leczenia, względnie nawrotu, są rozmaite.

W dyskusji: 1) Kol. Eisenberg, zwracając uwagę na toksyczność środków przeciwkiłowych, stwierdza, że każde ciało, działające leczniczo, musi być toksycznem, lecz w pewnych tylko granicach. Sztuką jest więc znaleść granicę między dawką leczniczą, a zabójczą. W toksyczności salwarsanu dużą rolę odgrywać musi indywidualna odporność ustroju. Nawet ci autorzy, którzy są za ograniczeniem stosowania salwarsanu, jako środka zabójczego dla ustroju, przyznają mu działanie mechaniczne; możliwem jest, że środki te w pewnych dawkach działać mogą stymulująco. Eisenberg wyraża wątpliwość, czy salwarsan działa krętkobójczo, jakkolwiek in vitro działanie to daje się stwierdzić. I w ustroju żywym (na wrzodach) można wprawdzie stwierdzić obumieranie krętków, lecz to nie jest jeszcze dowodem działania salwarsanu, bo przecież i bez leczenia krętki mogą znikać. Na podział kiły według Wassermanna na 2 okresy biologiczne Eisenberg nie zgadza się, bo podział ten nie jest ścisły. Co do samego odczynu Wassermanna, to musi przestrzedz przed zbytecznym entuzyazmem. Wiemy, że każdy dodatni wynik będzie wskazaniem leczenia, ujemny jednak nie może być przeciwwskazaniem, jeżeli są jakie kliniczne objawy. Wogóle odczyn Wassermanna powinien być objawem odczynu organizmu na chorobę, a nie rozpoznaniem samej choroby.

2) Kol. prof. Krzyształowicz zaznacza, że nigdy nie można przewidzieć, jaki będzie przebieg leczenia przeciwkiłowego; indywidualność ustroju w oddziaływaniu na leczenie odgrywa jedną z najważniejszych ról. Czy leczona kiła ojca ma wpływ na potomstwo, trudno odpowiedzieć. W każdym razie ojciec z leczoną kiłą może, nie zarażając matki, udzielić coś z choroby swojej dziecku, coś, co dziecko dziedziczy w postaci zmian konstytucjonalnych.

3) Kol. Zieliński stwierdza na własnych przypadkach, że mieszane leczenie daje dobre wyniki w przełomach żołądkowych wiądowych.

4) Kol. Blassberg podnosi, że Ehrlichowska »therapia sterilisans magna« zasadza się na tem, aby odrazu, lecz nie ograniczając się tylko do okresów wstępnych zakażenia kiłowego, możliwie wysoką dawką wygubić pasorzyty i wyjałowić ustrój.

Ehrlich stwierdził możliwość wytworzenia się odporności pewnych szczepów mikrobowych wobec salwarsanu, lub przystosowanie się do tego środka i dlatego radził stosować chemoterapję skombinowaną przez połączenie różnych leków. Niebezpieczeństwo ubocznego szkodliwego działania salwarsanu porównuje Ehrlich z działaniem narkozy w chirurgji, która także mieści w sobie pewien procent niebezpieczeństwa. W sprawie dziedziczenia przypomina Blassberg opinję poważnych badaczy, między innymi Ortha, który przeczy istnieniu kiły dziedzicznej, dopuszczając tylko pojęcie wrodzonej.

5) Prof. Rosner zaznacza, że za mało zwrócono uwagi na zagadnienia związane z dziedziczeniem kiły. Konstytucja jest to sprawa, którą się dziedziczy, nie można więc mówić, że ojciec przebył kiłę, a dziecko dziedziczy skazę, lub coś podobnego, bo w takim razie ojciec musiałby tę skazę już odziedziczyć, wnuk także musiałby być nią obarczony i t. d. Jeżeli zaś nie ma dalszego dziedziczenia, niema i konstytucji. Musi się ściśle oddzielić te cechy, które płód nabył w łonie matki, od tych, które już w genach były zaznaczone. Konstytucja jest zbiorem cech, które są odziedziczone i równocześnie się dziedziczą.

6) Kol. Eisenberg oddziela pojęcie konstytucji w tem znaczeniu bardzo ścisłem, jak ją przedstawił prof. Rosner, od pojęcia szerszego, które ma dawać w ręce lekarza możność rokowania. O tem drugiem pojęciu myślał Brugsch w swojej »Allgemeine Prognostik« i tak — zdaje się — rozumiał swoje wywody prof. Krzyształowicz.

7) Kol. doc. Borowiecki stwierdza ciekawy szczegół z patologji kiły, iż wśród potomstwa paralityków najzdrowsze są dzieci, które przychodzą na świat w okresie wybuchu choroby.

8) Kol. Oszacki stoi na stanowisku prof. Rosnera co do pojęć o konstytucjonalności.

XVI Posiedzenie naukowe z dnia 28. IV. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 80 członków.

I. Kol. Rose przedstawia: 1) Przypadek stale się utrzymującej deviation conjugée, jako **następstwo przestrzału mózgu.** 26-letni inwalida J. L. doznał w marcu 1916 postrzału w głowę, przyczem kula przeszła na wylot przez okolicę potyliczną mózgu. Był przez 13 dni nieprzytomny. Od czasu zranienia skarży się na zawroty głowy, upośledzenie wzroku i złą oryentacyę w przestrzeni. Przedmiotowo stwierdza się obie gałki oczne w stałej silnej abdukcji w prawo. Chory nie może w tej ekscentrycznej abdukcji odprowadzić gałek ocznych; ruch gałek ku górze i dołowi zachowany. Przy płukaniu ucha lewego zimną wodą po kilku sekundach wybitne drżenie oczu poziome i rotacyjne w prawo. Przy płukaniu ucha prawego gałki oczne pozostają dalej w abdukcji w prawo i wykazują drżenie nieznacznego stopnia w lewo z przeważającym składnikiem rotacyjnym. Bardzo wybitne upośledzenie wzroku wskutek zwężenia pola widzenia obustronnie. Stałe zbaczanie gałek ocznych w jednym kierunku, utrzymujące się, jak w danym przypadku, kilka lat, jest niezwykłem zjawiskiem klinicznem. Wytłumaczyć je można zniszczeniem ośrodka dla położenia w lewo w części potylicznej prawej półkuli, wskutek czego nastąpiło porażenie mięśni odwodzących oczy w lewo z następowem przeciągnięciem ich w prawo. Czy w danym przypadku został zniszczony ośrodek dla patrzenia w bok, znajdujący się, wedle zdania pewnych autorów, w zakręcie kątowym, nie da się klinicznie rozstrzygnąć. W każdym razie przypadek ten potwierdza, że obok ośrodka czołowego, dla patrzenia w bok, niewątpliwie taki ośrodek znajduje się też w płacie potylicznym.

2) **Przypadek porażenia nerwów,** a mianowicie jednoczesnego obwodowego porażenia lewego nerwu okoruchowego, lewego nerwu Willizjusza i lewego nerwu językowego, tudzież ośrodkowego porażenia prawego nerwu twarzowego, skombinowany **z niemotą ruchową.** Porażenie obwodu powstało wskutek przestrzału czaszki po lewej stronie tuż poniżej oczodołu. Porażenie ośrodkowe prawego nerwu twarzowego, tudzież niemota ruchowa są niewątpliwie wywołane krwotokiem w lewej okolicy czołowej mózgu wskutek tego samego przestrzału.

3) Przypadek **ograniczonego zapalenia opon mózgowych** (meningitis serosa circumscripta) z całkowitem wyleczeniem.

II. Kol. doc. Kleczkowski: **Leczenie wiewióra oka barwikami anilinowymi.** (Rzecz przeznaczona do druku).

III. Kol. prof. Wachholz przedstawia drugą część swojej pracy: **Dzieje szpitali krakowskich.**

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 5. V. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 78 członków.

I. Kol. Prezes poświęca gorące wspomnienie pośmiertne ś. p. kol. Wespańskiemu; podnosi Jego zalety, jako obywatela, lekarza i kolegi. Obecni przez powstanie uczcili pamięć Zmarłego.

II. Kol. Glatzel przedstawia: a) Dwa przypadki t. zw. **choroby Recklinghausena,** wyrosłe do olbrzymich rozmiarów. b) **Myositis ossificans,** rozsiana po całem ciele u dziecka 5-letniego. c) Preparat macicy, wyjętej z powodu **raka trzonu macicy,** który przebił do jamy brzusznej i wywołał zapalenie otrzewnej.

W dyskusji 1) kol. Rychliński sądzi co do trzeciego przypadku, że był to ropniak macicy, który wskutek jakiegoś urazu pękł. — 2) Kol. prof. Rosner zapytuje o histologiczne zmiany w kostniejących mięśniach w myositis ossificans. — 3) Kol. Hładij przytacza podobny przypadek, jak kol. Glatzla, gdzie doszło do przedziurawienia przy nowotworze.

III. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek **choroby Quinckego** i przypadek **przewlekłego obrzęku powiek.** — W dyskusji nad tymi przypadkami zabierają głos kol. Borowiecki, Oszacki i prelegent.

IV. Dyskusja nad odczytem kol. Kleczkowskiego z dnia 28. kwietnia.

1) Kol. prof. Majewski stwierdza, że w kwaśnych barwikach anilinowych, a zwłaszcza w ich mieszankach, przedstawionych przez kol. Kleczkowskiego, zdobyliśmy poważną broń w leczeniu wiewióra oka; skrócenie okresu leczenia bez pozostawienia zmian w rogówce jest dużą zaletą tych przetworów wobec srebrowych. M. radzi próbować tych środków u noworodków.

2) Kol. Rychliński nie jest za stosowaniem barwików w ce-

łach zapobiegawczych u noworodków, ponieważ w protargolu zdobyliśmy znakomitą obronę przeciw śluzoropotokowi noworodków.

3) Kol. prof. Rosner radzi próbować przetworu, jako środka zapobiegawczego i jeżeli się okaże z jakiego bądź powodu odpowiedniejszym od protargolu, należy go stosować w klinikach i zakładach położniczych.

4) Kol. Rosenhauch przypomina o swojem spostrzeżeniu co do działania itrolu i stwierdza jego znakomite działanie nawet przy wiewiórze oka u dorosłych; należy tylko przepisywać przetwór chemicznie czysty. Niemniej jednak każdy nowy środek jest pożądany, o ile przyczynia się do skrócenia leczenia i wyleczenia, lecz barwiki, zdaniem Rosenhaucha, nie czynią tego przy wiewiórze oka u dorosłych.

5) Kol. prof. Lewkowicz zapytuje kol. Kleczkowskiego, czy stosował surowicę przeciwwiewiórową naspojówkowo?

6) Kol. Eisenberg zaznacza, że chemoterapja zyskuje w ostatnich latach coraz więcej zwolenników, znajdując zastosowanie przeważnie w postaci soli metali ciężkich (złoto, srebro, ołów, arsen, rtęć) oraz barwików anilinowych w zakażeniach krwi pierwotniakami, bakterjami, oraz w niszczeniu nowotworów. Poważne znaczenie posiada chemoterapja w chirurgji ran zakażonych, w sprawach zapalnych spojówki, jam opłucnych, oddając na usługi środki takie, jak eukupina, sole srebrowe, oraz barwiki anilinowe. Te barwiki, już przed 30 laty używane w terapji, później zapomniane, obecnie znajdują zastosowanie w okulistyce, a w połączeniu z solami srebra spełniają podobną rolę w sprawach zakaźnych ogólnych, jak i barwiki t. zw. akrydynowe, podane przez Ehrlicha. Dodaje, że wszystkie te bakterje, które podlegają niszczącemu działaniu barwików anilinowych, są gramododatnie.

7) Kol. doc. Kleczkowski odpowiada na zadane pytania i wyjaśnia niejasne kwestje.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Rok 1919.

W roku 1919 wygłoszono następujące odczyty i referaty: 1. Kol. Grosglik: Obecny stan leczenia kiły. — 2. Kol. Mikulski: Homoseksualizm pod względem lekarskim i prawnym. — 3. Kol. Sew. Sterling: Hematologiczne znaczenie eozynofilji w rozmaitych chorobach. — 4. Kol. Wład. Janowski: Przyczyny powstawania rozmaitych zaburzeń serca. — 5. Kol. Seweryn Sterling: T. Chałubiński, J. Baranowski i szkoła warszawska. — 6. Kol. Tubiasz: Wykonawstwo sądowo-lekarskie u nas. — 7. Kol. Venulet: O uproszczonej serodjagnostyce kiły. — 8. Kol. Sew. Sterling: Guzy śródpiersia. — 9. Kol. Sametówna: Przyczynek do patologji i terapji zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych u dzieci. — 10. Kol. Venulet: Przypadek cholery u nas. — 11. Kol. Mogilnicki: Angina Vincenti. — 12. Siwiński: O pomiarach płynu mózgowo-rdzeniowego u epileptyków. — 13. Kol. Fiszer: Przypad k miesiączki zastępczej. — 14. Kol. Maybaum: Choroby przewodu pokarmowego podczas wojny. — 15. Kol. Mulierówna: Leczenie światłem kwarcowem gruźlicy płuc u dzieci.— 16. Kol. Sew. Sterling: Wspomnienie pośmiertne po zmarłym członku Towarzystwa lekarskiego Lasocie-Lewinsonie. — 17. Kol. Sew. Sterling i 18. Kol. Tomaszewski: Wspomnienie pośmiertne po zmarłym prezesie Tow. lekarskiego, Alfr. Kruschem. — 19. Tomaszewski i 20. Kol. Maybaum: Sprawozdanie ze zjazdu Stowarzyszeń lekarskich w Warszawie. — 21. Kol. Sew. Sterling: Sprawozdanie z posiedzeń Komitetu Stowarzyszeń lekarskich. — Demonstrowano chorych dwudziestu trzech.

Wiadomości bieżące.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Lekarz wojskowy* Nr 26—28.: Alkiewicz: Lampa rtęciowa. — Szylman: W sprawie rozpoznawania duru plamistego.— Białokur: Objawy Basedowa a zakażenie gruźlicze. — Skórczewski: Ciała promieniotwórcze a lampa Roentgena. — Owczarewicz: O zastosowaniu surowicy krwi żaby jako dopełniacza przy odczynie Wassermanna. — Kelles-Krauz: Rok pracy w szpitalu wojskowym. — *Zdrowie* Z. 2: Zadębowski: Uregulowanie rozrodczości jako zagadnienie hygieny rasy (c. d.). — Polak: Szkice z podróży w sprawach zdrowia. — *Walka z alkoholizmem* Rok III. Nr 1. Czasopismo to, przeznaczone dla obznajomienia kół inteligentnych ze stanem sprawy i dla publikacji badań naukowych z tego zakresu, wydawał przed wojną w Krakowie p. Jan Szymański, niezmordowany przodownik w walce z alkoholizmem w Polsce. Obecnie wznowił p. Szymański w Warszawie swoje wydawnictwo, zasługujące na jak najszersze rozpowszechnienie w pierwszym rzędzie wśród i przez lekarzy. W Nr 1. Roczn. III. znajdują się następujące oryginalne rozprawy: Dr Bielińskiego: »Z powodu 100 nej rocznicy ukazania się dzieła o pijaństwie Dr Szymkiewicza«, ks. Niesiołowskiego: »Kościół katolicki w walce z alkoholizmem«, prokur. Glassa: »Stany Zjednoczone, jako wszechświatowy czynnik w walce z alkoholizmem« i Dr W. Sterlinga: »O nagłej utracie wzroku po zatruciu alkoholem denaturowanym«, nadto liczne sprawozdania.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.